

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2090700010		
法人名	株式会社ケアネット		
事業所名	ケアネットグループホームすざか		
所在地	長野県須坂市大字小山字蒔田2518-1		
自己評価作成日	平成23年9月20日	評価結果市町村受理日	平成24年4月18日

事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成23年10月21日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

恵まれた環境の中にあり、事業所の「The Carenet Way(行動の目標)」に「その人らしく、その人らしさを支えるケアであること」、「明るく元気にコミュニケーションをはかること」、「地域社会との共存をはかること」を旨とするを理念として掲げて、入居者が「生き生きと楽しく、明るく、笑いのたえない、共に助け合い暮らす」ことを支援します。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

併設に短期入所生活介護、事業所本部があり、現代的な建物の一角にホームがある。ホームにひと足踏み入れると明るい大きなテラスが目に入る。この場所で笑顔にお茶を飲み戸外の空気に触られる。利用者の居室は、ホームが用意しているベット、テレビ、椅子、テーブルが落ち着いた色合いで置かれ、配置の工夫でその人らしさがあふれている。それぞれの居室には、すべてトイレが用意され個人のプライバシーへの配慮がされている。管理者が今年度変わり、管理者はこのホームを新たな目で観察し事業所の理念、行動目標に従い、地域共存・利用者に寄り添うケアのため、運営推進会議等での支援を頂きながら地域に根ざしたホームを目指したいという意欲が感じられた。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

ユニット名()		項目		項目	
		取り組みの成果 該当するものに印	項目	取り組みの成果 該当する項目に印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+Enter)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	(1)	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人全体の理念とホームの理念を掲示しており、職員に周知して実践できるようにしている。	法人全体の理念とホームとしての理念が、職員や外部からきた方に目が留まる場所に掲示されている。ホーム独自の理念は、管理者が変わり、このホームの印象を皆で考えた時、「寄り添うこと」「優しい介護」にたどり着いたという。	
2	(2)	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	伝統行事(子供みこし)を招いたり、地域の文化祭に参加している。地域に日常的に交流する事が少なくていけない。	散歩のときに地域の子供とあいさつをする。文化祭に招待をいただき参加する。ホーム近くのハウスの方がリングを持ってきてくださり、畑に植える苗は地域の方から購入する。管理者は地域交流を今後の課題と考えている。	施設ではなく、グループホームの特性を確認し、ホームにこもることなく、地域社会とつながりから利用者が当たり前暮らししていけるように地域住民との積極的な交流の取り組みに期待したい。
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	学校での体験学習の場として受け入れ態勢は整えている。地域の方に向けて認知症の理解の勉強会等は行っていない。	/	/
4	(3)	運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	近況報告やグループホームの取り組み等理解していただき、話し合いの場の意見をサービス向上に反映させている。	2カ月毎に運営推進会議は開催されている。委員の中から推進会議の持ち方の提案や地域交流のきっかけとしての秋祭りの参加の提案がされた。運営推進会議でホームの理解の推進を図り、沢山の意見を頂ける会議となっている。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	認定更新時の訪問調査の日程調整をしたり、毎日の利用者様の発熱状況など知らせ、協力関係を築けるように取り組んでいます。	保険者とは、いつでも相談できる体制を作っている。運営推進会議の案内などは直接もっていき、常に協力関係の良好に努めている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束の理解をしており、玄関の施錠や身体拘束をしないケアをしている。	利用者の言葉に「ここはどこへも行けない」という声を聞くことがある。自分たちの対応が拘束になっていないか日々考え工夫をしている。毎年、マニュアルの振り返りを行い拘束のないケアを意識づけている。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待が無いよう注意して見て、防止に努めている。		
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	職員には研修会等により周知し、個人ごと必要性のある方は話しをするようにしている。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居者や家族に事前面談や見学をしていただき説明等を行い、質問など答えて理解していただいている。		
10	(6)	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様からは普段の会話の中から、意見や希望を聞きとれるよう心がけている。ご家族様も面会に来られた時など、日頃の様子や外出の様子など情報を話している。また意見をいただいている。	家族会議が年に1回開催されている。ホームの課題や意見を言って頂けるようにしている。昨年は全家族が出席していただき、今年も沢山の課題を提起し意見を求めていく。また、家族の面会時には日頃の様子を説明する時間を設け、意見、要望を言いやすい環境作りに努めている。	
11	(7)	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のケア会議を実施して、意見や提案を話し、サービス向上に役立てている。	毎月1回のケア会議を開催時に話し合いをする。また個別に意見を聞くようにも努めている。ケアの方法等チームワークを大事に方法を会議で話し合う。日々の中でも意見を言い合える環境作りを目指している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	毎月のケア会議で職員の意見を聞いたり、職員個人の要望を聞いたり、やりがいのある職場づくりに努めている。		
13		職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修に参加できるように、個人ごとに希望を聞いて実施してもらっている。参加できなかった人には、会議で周知するようにしている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	研修会などを通じて、交流を図っている。相互の訪問はないが、連絡等で情報交換をしている。		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	申し込みの時点で施設見学をしてもらうようにしている。本人と直接話しをして、不安に思っている事や混乱を招かないように、そばで話をするようにしている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご家族の希望や、困っていることなど相談し、要望を聞けるように信頼関係を築くようにしている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談の時点で申し込みとして受けるが、今必要な事は何か相談をする。また他のサービスについても話をする。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
18		本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一人一人の経験や知識が生かせるように、日頃から教えて頂く場面を持てるようにしている。ご利用者様と一緒にいるようにしている。		
19		本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族には出来るだけ面会に来ていただき、本人と話しが出来るようにしてもらっている。職員も本人の様子や困り事をご家族と話し合える関係が出来るようにしている。		
20	(8)	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家に帰ったり、墓参りや親戚との交流はご家族にお願いしているが、なじみの方の面会等時々ある。面会に来られた方にも時々来てもらえるように話している。	月に2-3人の方は外泊がある。お彼岸、お盆の時等は自宅で家族と過ごす。利用者の知人がホームに訪ねてくいる方がいる。馴染みの場所や人がホームとなっている方も多くなりこの場所が利用者の安心できる場になっている。	
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係は本人に任せているが、あまり親密になって、トラブルにならないように職員が配慮する事は大事だと考えている。職員が話しの中に入って和をもてるようにしている。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他の施設は入居された方がいるが、家族から連絡は無いが、相談があれば対応していきたい。本人にも会う機会があった時は話をする事がある。		
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日頃の会話の中から把握できるように努めている。困難な人には家族から情報を得るようにしている。一人一人の思いを大切に、カンファレンスで検討している。	アセスメントはセンター方式に変更し、担当制とし、少しずつ利用者の言葉を記録し会議の中で話し合っている。生活歴は日々の生活の中で聞きとっている。「こんなところに来たくなかった」「仕方ないから来た」等の本音が聞かれひとり一人の対応の工夫をする。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	事前面接で情報収集しているが、入居してから少しずつ本人と会話しながら情報を集めるようにしている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	個人個人の過ごし方を尊重し、声をかけながら体の状態など確認し、記録して職員で申し送りする。		
26	(10)	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	一人づつ担当者を決め、担当者が中心になりカンファレンスを行う。計画作成者は職員全員で話し合ってケアプランを作成するようにしている。	3か月毎に計画書の見直しを行っている。家族の意向は、家族がホームに来た時に窺い、ケア会議の中で担当職員が中心に話し合っている。毎月のモニタリングはまだ行えていない	介護計画は、アセスメント、モニタリングの繰り返しであり、新たな要望や状況の変化がなくても毎月新鮮な目で確認していくことが望まれ、記録に残すことで気づきを反映した現状に即した介護計画になることを期待したい。
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別にケア記録の作成、バイタル・食事・服薬・入浴・排泄等の記録をしている。情報の共有・申し送り等行って勤務するようにしている。		
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	遠方の家族の場合は緊急受診時は施設対応をしている。柔軟な対応が行う事が出来るような体制や工夫をしている。		
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	お花見外出、博物館見学等無料サービスを利用したり、季節行事の際民生委員やボランティアの協力を得るようにしたい。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している</p>	<p>入居時にかかりつけ医を確認し、継続して受診をしてもらうように家族に話す。家族が無理な時は職員が対応している。主治医との連絡も管理者が主になってとるようにしている。</p>	<p>かかりつけ医は、入居前からの医師が引き続き対応し、家族が受診に連れていく。家人が都合つかないときは職員が対応し家族に連絡している。今後、嘱託医等の話も家族会議で検討していく予定である。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している</p>	<p>看護職員の配置をしていないが、隣接するショートステイの看護師に相談したり、助言を受けている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。</p>	<p>病院関係者(医療連携室)と入院前の情報交換を行い、退院に向けての連絡を行った。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>現在は症状が落ち着いているが、今後症状が悪化し短期入院した場合について、主治医や家族から相談があり事業所の対応について説明をした。</p>	<p>このホームでの看とりはしない方針となっている。今後、往診体制などについても家族会で意見を聞き、相談していく予定である。病状悪化した時の事業所の対応を家族に入居時から行っている。</p>	<p>重度化に対し、ホームができる最大限のケアについて話し合い、重度化指針の作成も望まれる。その中で、段階的に家族との同意も必要となり、職員の重度化に対する支援の研修会も踏まえ、家族や利用者がホームで暮らす期間を安心したチーム支援となるように期待したい。</p>
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている</p>	<p>研修会等で救急救命の講習会を実施予定。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている</p>	<p>年2回施設全体の避難訓練を入居者も一緒に実施している。</p>	<p>年に2回の避難訓練、通報訓練を行っている。併設するショートステイ事業所との合同で行われている。スプリンクラー設置が今年度整備された。</p>	<p>避難訓練は、内部職員のみで利用者を実際避難し訓練しているが消防署、地域住民との協力を求め、日中・夜間等想定し夜間勤務者のみでどこまで対応できるか、何を優先するか等含め早急に検討されることを期待したい。</p>

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライバシー保護に注意し、個人の人格を尊重した対応をするようにしている。	プライバシー保護に十分留意し、対応しているが日々の生活の中でも一人ひとりの部屋にトイレがあることでプライバシー保護ができていると思うのではなく、利用者の言葉からも考えさせられることも多いという。	
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常的に聴く事を大切にしている。自己決定できるように、いろいろな事を選択できるようにしている。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人一人の生活リズムを大切に、入居者の思いを優先して急がせたりしないようにしている。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	着替えは本人と選び決めている。身だしなみも整えられるよう、鏡をみてもらって整容したり、訪問理髪サービスも行っている。		
40	(15)	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎週献立を考え、食材の下ごしらえ、食事を囲む事、片づけを一緒にする事をしている。自分の役割、出来る事を継続してもらっている。	毎週の献立は職員が考え、併設事業所内の管理栄養士によりカロリー計算をしていただき栄養面に注意し食事を作っている。見栄えや食欲がわくように工夫をしている。利用者の希望も聞き献立に反映する。衛生に気を付けお茶碗を拭く方の姿、テーブルを拭く利用者の姿も受けられた	
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	献立によるカロリーを計算して、栄養の偏りが無いように管理栄養士に指導を受けている。お茶の時間を取り、積極的に水分を摂ってもらうようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		<p>口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている</p>	<p>口腔清潔は毎食後行っている。義歯を洗浄液につけたり、声かけして歯磨きも行ってもらっている。</p>		
43	(16)	<p>排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている</p>	<p>各自の居室にトイレが設置しており、プライバシーも守られ個々に排泄に行ったり、時間で誘導したりしている。パットの交換もタイミングを逃さないよう援助している。</p>	<p>利用者の自室にトイレがあり、自分で行く方が多い。本人の様子を見ながら声かけしトイレ誘導している。パットの交換等も本人を傷つけないように配慮しパットの片づけをしている。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる</p>	<p>便秘による心身の変化を理解して、排便状況が把握できるようにしている。食事や運動等にも配慮している。</p>		
45	(17)	<p>入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている</p>	<p>入浴日、時間はほぼ決まっているが、変更が出来るので対応している。精神面で入浴困難を抱えている人がいるが、本人の意思に沿った支援をしている。</p>	<p>基本は、一日置きの入浴となっている。午後の入浴となっているが時々入浴拒否される方もいるが本人のタイミングを見計らって対応に努めている。浴槽は大きくゆったりと入ることができる。</p>	
46		<p>安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している</p>	<p>日中の活動を促し、夜間の安心して眠れるようにしている。不安があって眠れない時は話をしたり眠れるまで寄り添ったりしている。</p>		
47		<p>服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている</p>	<p>服薬説明書を管理し、薬の内容を職員全員がわかるようにしている。服薬の確認の記録をしたり、症状の変化を記録に残すようにしている。病状の変化、薬の変更は職員の報告も必ず行っている。</p>		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとり得意な事、楽しみ事が出来るように配慮して、その場で行ってもらい感謝の言葉を伝えるようにしている。		
49	(18)	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	一人ひとりの体調を把握して、散歩の外出をしたり、テラスに出て歌やお茶をしている。また買い物と一緒にいる。	天気の良い日は、散歩に出かけるようにしている。年に2回くらいは、菊花展や善光寺参り等に出かける。外食をする楽しみになっている。買い物支援も行うが外に出る億劫な方も増えている。テラスがあり天気の良い日は戸外でお茶の時間を気持ちよく過ごす様子が伺えた。	
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お小遣いとして施設で少額を管理している。外出時お金を使うような機会を持てるようにしている。		
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	個人で電話をかける機会は殆どなく、家族や知人からの電話は歓迎している。ご家族からの手紙は受け取ったり、本人の意思を尊重して支援するようにしている。		
52	(19)	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共用の空間は広く、開放的になっている。ホールかたテラスに出られ、目の前の畑で季節の野菜を作ったり、花を育て楽しんでいる。ソファやリクライニングでゆっくり話しが出来るようになっている。	共有空間のフロアは、壁際に椅子が置かれ仲間の中にも少し離れ、自分の時間を過ごす方もいる。フロアからはテラスが続き、燦々と太陽が差し込み、お茶を楽しむ。目の前の畑には季節の野菜が作られ、利用者の落ち着いた空間となっている。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間ではソファやリクライニングで利用者さん同士で話しをしたり、歌を唄え利用している。テラスではベンチに座ってお茶を飲んだりして過ごしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
54	(20)	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には家具、ベッドは設置してあるが、本人の使い安いように動かしている。自宅で使っていた時計、鏡、写真など飾れるようにしている。	利用者の部屋には、トイレ、テレビ、居室でもゆっくりできるテーブルとイス、が備え付けられ色合いも落ち着き、気持ちよく居室で過ごせる。書道が好きな方には窓際にテーブルを配置し毎朝、書道を楽しんでいる。利用者にあった家具配置で居心地のよい環境である。	
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	施設全体がバリアフリーになっており、随所に手すりが設けてある。各室トイレ、コールも設置してあり、安全に自立した生活ができるようにしている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	33	看取りはしていないが、重度化したり、終末期に対する支援を検討する。	重度化に対し、施設で出来るケアの話し合いや、ご家族の意向を話し合う。	主治医との連携を密にしたり、他の施設等の連携をしていく。職員も重度化に対する支援の研修を行い対応できるようにする。	12ヶ月
2	35	避難訓練でご利用者全員の避難、夜間を想定した訓練が出来ていない。	定期的な訓練で地域の方の協力を求め、どこまで対応できるか実践する。	消防署や地域住民の協力を求め全員の避難を訓練する。	12ヶ月
3					
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。